

مقایسه شیوع افسردگی در افراد پرهوش و افراد دارای بهره هوشی بهنجار تهران، ۸۰ - ۱۳۷۹

دکتر محمد بروجردی، دکتر فیروزه رئیسی (روانپزشک)*
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: افسردگی مشکل شایعی بوده و باعث کاهش کارکرد افراد می‌شود. بررسی این موضوع در افراد پرهوش، به دلیل سودمندی بالاتر آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است. در این مطالعه هدف ما بررسی فراوانی نسبی افسردگی در افراد پرهوش در مقایسه با افراد معمولی است.

مواد و روشها: به این منظور در یک مطالعه مورد-شاهدی تعداد ۹۰ داوطلب رده هوشی بهنجار و ۵۶ داوطلب از رده پرهوش که محدوده سنی آنها بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی بوده و از لحاظ جنسیت جور شده بودند از نظر شدت افسردگی با آزمون فهرست افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. تعیین بهره هوشی افراد با اجرای هر دو آزمون هوشی ماتریس‌های فزاینده ریون و آزمون هوشی کسلر بزرگسالان انجام شد.

یافته‌ها: در بین ۹۰ نفر از افراد بهنجار، ۳۶ نفر از آنها افسرده بودند (۴۰٪) و از ۵۶ نفر افراد پرهوش، ۳۵ نفر آنها افسرده بودند (۶۲/۵٪) و مشاهده شد که فراوانی نسبی افسردگی در افراد پرهوش، با تفاوت آماری معنادار بیشتر است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری و توصیه‌ها: با وجود توانایی بیشتر افراد پرهوش در مقابله با استرس، به دلیل بهره هوشی بالاتر، در این مطالعه مشاهده شد که شیوع افسردگی در افراد پرهوش بیشتر است. این یافته‌ها ممکن است به دلیل درک بیشتر این افراد و نتیجه آن، عملاً برخورد بیشتر این افراد با استرس باشد.

مقدمه

بررسی دیگری که در سال ۱۹۹۷ انجام شده، نشان داده شده که بیماران مبتلا به افسردگی یک قطبی تقریباً در تمام آزمون‌های نوروسایکولوژیک دچار اختلال هستند و نقص‌های حافظه‌ای بیشترین ارتباط را با نمرات بالینی شدت افسردگی دارند (۸).

در مطالعه دیگری که در دو گروه از دختران نوجوان افسرده و غیرافسرده انجام شد مشاهده گردید که گروه افسرده مقادیر بهره هوشی پایین‌تری دارند (۹). در سال ۱۹۹۹ مطالعه‌ای توسط Austin و همکاران انجام شده و نتیجه گرفته‌اند که اختلال کارکردهای شناختی از جمله بهره هوشی فقط در بیماران افسرده نوع ملانکولیک رخ می‌دهد و بیماران افسرده غیرملانکولیک مشکلی از این جهت ندارند (۱۰). Zarb و همکاران براساس مطالعه خود بر روی افراد سالمند ادعا کردند که اختلالات شناختی از جمله کاهش بهره هوشی بیشتر ناشی از ویژگی‌های اختلالات تطبیقی است تا این که ناشی از اختلال افسردگی اساسی باشد (۱۱).

Purcell و همکاران نیز گزارش کردند که نقایص شناختی مربوط به افسردگی غالباً در بیماران جوان وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد، ناشی از بستری بودن آنهاست نه خود بیماری (۱۲).

همچنین Purcell و همکاران براساس بررسی دیگری اعلام کردند که در بیماران افسرده ارتباط معنی‌داری بین بهره هوشی و افسردگی وجود ندارد (۱۳). Levi و همکاران نیز در تحقیق خود به همین نتیجه رسیدند (۱۴).

Rohde و همکاران مطالعه‌ای بر روی نوجوانان بی‌سرپناه انجام داده و نتیجه متفاوتی گرفتند. آنها مشاهده کردند مقادیر بالاتر بهره هوشی در ارتباط با افزایش میزان افسردگی است (۱۵). به هر حال پژوهش‌های دیگری نیز در مورد ارتباط افسردگی و بهره هوشی انجام شده که نتایج مختلفی داشته‌اند و از ذکر جزئیات آنها خودداری می‌شود (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰).

افسردگی مشکل شایعی در تمام جوامع بوده و شیوع مادام‌العمر آن ۱۷/۵ تا ۳۱٪ گزارش شده است (۱). شیوع لحظه‌ای افسردگی نیز در مقادیر بالاتری ذکر شده است (۲، ۳). تخمین زده می‌شود که اختلال مختلط اضطراب-افسردگی ۱۰٪ جمعیت عمومی و ۵۰٪ مراجعین به مطب‌های عمومی را شامل می‌شود (۴). افسردگی باعث اختلال در کارکرد افراد مبتلا می‌شود (۱) و به همین دلیل بررسی شیوع افسردگی در افراد پرهوش، به جهت کارایی اجتماعی بالاتر این افراد، از لحاظ اقتصادی نیز می‌تواند حائز اهمیت باشد.

مغز انسان حاوی دو نوع مختلف از هوش هیجانی (Emotionally Intelligence) و هوش منطقی (Rationally Intelligence) می‌باشد (۳) و به هر حال در خود این مسئله نیز جای سؤال است که آیا هوش همان بهره هوشی است؟ میزان بهره هوشی اطلاعاتی درباره توانایی شناختی افراد می‌دهد ولی بعضی دیگر از جنبه‌های هوش مثل جنبه‌های احساسی و ... که در بهره هوشی اندازه‌گیری نمی‌شوند، از لحاظ هوش ممکن است اهمیت یکسانی داشته باشند (۵).

مشاهده شده کودکانی که از لحاظ هوشی استثنایی هستند و در رده‌های بالایی قرار دارند برای والدین، معلمان و آشنایان خود به صورت مشکلی درمی‌آیند، مگر این که آنها را از کودکان دیگر جدا بنمایند. در آزمون MMPI در مقیاس افسردگی آن، ریاضی‌دانان، فیزیک‌دانان، شیمی‌دانان و ... معمولاً نمرات بالایی کسب می‌کنند (۶) و به طول کلی به نظر می‌رسد که هیجان، شعاع وسیعی از اعمال شناختی را هدایت می‌کند (۴).

در مورد ارتباط افسردگی با بهره هوشی بررسی‌های مختلفی انجام شده است. مثلاً یک بررسی بر روی بیماران بستری مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیانگر کاهش بهره هوشی بیماران در قسمت کارکردی بوده است (۷). در

مواد و روش‌ها

روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری آسان (Convenient sampling) بوده است (۲۱) برای دستیابی به نمونه‌ها به دو شکل عمل شده است. در یک حالت ما به افراد - در محیط دانشکده‌های پزشکی، پرستاری و دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان‌های امام خمینی و ولی عصر، شریعتی و روز به ونیز دانشکده فنی، دانشکده علوم، دانشکده حقوق و دانشکده ادبیات دانشگاه تهران - مراجعه می‌کردیم و در شکل دیگر افراد به ما - در مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی - مراجعه می‌کردند. زمان نمونه‌گیری از مرداد ۷۹ تا شهریور ۱۳۸۰ بوده و سن داوطلبان از ۲۰ تا ۳۰ سال بود.

در این مطالعه ابتدا از ۵۶۰ مرد و ۵۶۰ نفر زن، آزمون هوشی ماتریس‌های افزایشنده ریون (RPM'S: Raven's progressive Matricos) به عمل آمد که از بین ۱۱۲۰ نفر، ۲۴۳ مورد آنها در رده هوشی برتر (Superior) قرار داشتند، یعنی نمره آنها در این آزمون ۱۱۲ یا بالاتر بود. از بین این افراد ۱۲۶ نفر آنها مرد و ۱۱۷ نفر آنها زن بودند. از بین ۲۴۳ نفر افراد رده برتر اقدام به گرفتن آزمون هوشی وکسلر بزرگسالان (WAIS Wechsler Adult Intelligence Scaling)، از ۱۰۵ نفر مرد و ۱۰۵ نفر زن شد که پس از ۲۱۰ مورد انجام آزمون، به تعداد ۵۶ نفر افراد پرهوش (Gifted Intelligence, very superior) برخورد کردیم (یعنی نمره آنها در این آزمون ۱۳۰ یا بالاتر بود) که همان تعداد ضروری برای حجم نمونه بود. از این ۵۶ نفر، ۳۰ نفر مرد و ۲۶ نفر زن بودند. در مرحله دیگر از ۴۹ نفر زن و ۴۷ نفر مرد گروه بهنجار (Normal) یعنی دارای نمره ۱۱۲-۸۹ براساس آزمون ریون - آزمون وکسلر نیز به عمل آمد که پس از حذف ۳ نفر از این افراد - به علت این که یکی از آنها با دو آزمون در دو رده هوشی مختلف قرار داشت و ۲ نفر آنها نمره مرزی آوردند - ۴۴ نفر و ۴۶ نفر زن با بهره هوشی بهنجار انتخاب شدند. به طور کلی ۹۰ نفر به عنوان بهنجار و

۵۶ نفر به عنوان پرهوش تعیین شده و این افراد از نظر شدت افسردگی با آزمون فهرست افسردگی بک (BDT: Beck Depression Inventory) مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون افسردگی بک یک آزمون غربالگری است و لزوماً تشخیص اختلال افسردگی را معین نمی‌کند، ولی می‌توان در تحقیقات مربوط به افسردگی از آن استفاده نمود و معمولاً نمره کسب شده در این آزمون به عنوان مقیاسی برای شدت افسردگی افراد در نظر گرفته می‌شود (۲). حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۸۴ می‌باشد. معمولاً نمره صفر تا ۹ به عنوان طبیعی، نمره ۱۰ تا ۱۶ به عنوان افسردگی خفیف، نمره ۱۷ تا ۲۹ به عنوان افسردگی متوسط، نمره ۳۰ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید و نمره ۶۴ تا ۸۴ به عنوان افسردگی خیلی شدید در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر نیز همین معیار برای تعیین شدت افسردگی افراد استفاده شده است و هر جا که شدت افسردگی ذکر شده، منظور میزان افسردگی براساس آزمون بک می‌باشد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱- نحوه توزیع افراد افسرده بر حسب رده هوشی

افسردگی غیرافسرده	افسرده	مجموع	افسرده	افراد	مجموع افراد
۵۴	۳۶	۹۰	۴۰٪		
۲۱	۳۵	۵۶	۶۲/۵٪		
۷۵	۷۱	۱۴۶	۴۸/۶٪		

در جدول یک مشاهده می‌شود که فراوانی نسبی افسردگی در افراد پرهوش ۶۲/۵٪ و فراوانی نسبی افسردگی در افراد بهنجار ۴۰٪ می‌باشد. با استفاده از آزمون‌های آماری مشخص می‌شود که فراوانی در افراد پرهوش - با تفاوت آماری معنادار ($P < 0/05$) در مقایسه با افراد بهنجار، بیشتر است.

بالاتر بوده که علیرغم تأثیر افسردگی در جهت کاهش بهره هوشی، باز هم برتری بهره هوشی خود را - در هنگام آزمون و همزمان با وجود افسردگی - حفظ کرده‌اند.

اگر به تعریف هوش برگردیم و مثلاً طبق تعریف وکسلر - که تعریف جامعی نیز هست - هوش را "تمامیت استعداد شخص به منظر تفکر و عمل منطقی و با هدف سازگاری موثر با محیط" تعریف نماییم (۲۲) در نتیجه افراد با بهره هوشی بالاتر باید سازگاری بیشتر داشته باشند. لذا سوال این است که در افراد پرهوش - با وجود سازگاری بالاتر - چرا فراوانی نسبی افسردگی بیشتر است؟

افزایش فراوانی نسبی افسردگی در پرهوش ممکن است علل بیولوژیک، روانی و اجتماعی داشته باشد (مثل همه موارد افسردگی). از نظر بیولوژیک می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد پرهوش احتمالاً درک بیشتری از استرس‌های محیطی داشته و این افزایش درک استرس می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم نورواندوکرین، اختلال خواب و یا احتمال بیشتر پدیدهٔ فروزش (Kindling) شود و در نتیجه شانس ابتلا به افسردگی افزایش یابد (۲). از نظر روانی شاید این مسئله دخیل باشد که افراد پرهوش نسبت به افراد با هوش پایین‌تر، آرمان‌های بالاتری داشته و چون در شرایط جامعه نمی‌توانند به این آرمانها دست پیدا کنند بیشتر از دیگران دچار افسردگی می‌شوند. از نظر اجتماعی نیز افراد پرهوش درگیری بیشتری با مشکلات اجتماعی، تحصیلی، شغلی و ... داشته و به همین دلیل بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند. به هر حال اینها فرضیه‌هایی است که اثبات آنها نیازمند پژوهش‌های جداگانه‌ای است.

تحقیقاتی که قبلاً در مورد رابطهٔ افسردگی و هوش انجام شده و در مقدمه به تعدادی از آنها اشاره شد، غالباً به بررسی بهرهٔ هوشی افراد افسرده پرداخته‌اند (۷،۸،۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و غالباً به این نتیجه رسیده‌اند که در افراد افسرده بهرهٔ هوشی پایین می‌آید. ولی مطالعهٔ حاضر به بررسی شیوع افسردگی در افراد پرهوش پرداخته و نتیجه گرفته که در افراد پرهوش نسبت به افراد با بهرهٔ هوشی بهنجار شیوع بیشتری از افسردگی دیده می‌شود و این نتیجه بیشتر منطبق بر نتیجهٔ پژوهش‌هایی است که نشان دادند در

جدول شماره ۲- نحوه توزیع شدت‌های مختلف افسردگی بر حسب رده هوشی

رده هوشی	افسردگی غیرافسرده		افسردگی افسرده	
	افراد	مجموع	افراد	مجموع
بهنجار	۲۸	۶	۲	۳۶
پرهوش	۲۴	۶	۵	۳۵
مجموع	۵۲	۱۲	۷	۷۱

در جدول شماره دو مشاهده می‌شود که در هر دو گروه بهنجار و پرهوش، بیشترین فراوانی نسبی افسردگی، مربوط به رده خفیف است و در هر دو گروه بهنجار و پرهوش نسبت افراد دارای افسردگی خفیف به کل افراد افسرده حدود ۷۰٪ است.

جدول شماره ۳- نحوه توزیع افسردگی بر حسب جنسیت

جنسیت	افسردگی غیرافسرده		افسردگی افسرده	
	افراد	مجموع	افراد	مجموع
مرد	۴۰	۳۴	۷۴	۴۵/۹٪
زن	۳۵	۳۷	۷۲	۵۱/۴٪
مجموع	۷۵	۷۱	۱۴۶	۴۸/۶٪

در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود که فراوانی نسبی افسردگی در زنان ۶۵٪ بیشتر از مردان است.

بحث

در این مطالعه مشاهده کردیم که فراوانی نسبی افسردگی - با تفاوت آماری معناداری در افراد پرهوش، بیشتر است و در متون و مقالات نیز با شواهدی به نفع افسردگی بیشتر در افراد با هوش تر برخورد کردیم، از طرف دیگر می‌دانیم که افسردگی باعث کاهش قوای شناختی و از جمله بهره هوشی می‌شود (۲) یعنی در مجموع بهره هوشی این افراد به حدی

به هر حال، برای اثبات فرضیه این پژوهش (شیوع بیشتر افسردگی در افراد پرهوش نسبت به افراد دارای بهره هوشی بهنجار) نیاز به تحقیقات بیشتری است که امیدواریم توسط محققین علاقمند پیگیری شود.

مقیاس ۲ آزمون MMPI (مقیاس افسردگی) دانشمندان، ریاضی دانان، فیزیک دانان و شیمی دانان نمره های بیشتری کسب می کنند (۶). بعضی پژوهش ها نیز نشان می دهند که نمره های دانشجویان دانشگاه ها در مقیاس افسردگی MMPI به طور متوسط بالاتر از نرمال است (۶).

منابع

1. Saddock BJ, Sadosk VA. Pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Williams and Wilkins 2001.

2. Saddock BJ, Saddock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2000.

3. Kaplan HI, Saddock BJ. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins 1998.

4. Plotnik R. Introduction to psychology. Belmont: Wads worth company, 1998.

5. Munn N, Fernald D, Fernald P. Introduction to psychology. Boston: Houghton Mifflin Company 1983.

6. Duck Worth J. MMPI and MMPI-II. Interpret in manual for counselors and clinicians. Muncie IN: Accelerated Development, 1995.

7. Iverson L, et al. Predictive validity of WAIS-R VIQ-PIQ splits in persons with major depression. Journal of Clinical Psychology. 1999; 55: 519-525.

8. Eliot R, et al. Neuropsychological impairments in unipolar depression. The

influence of perceived failure on subsequent performance. Psychological Medicine 1996; 26: 975-989.

9. Mc Clure E, et al. Characteristic of adolescent girls with depressive symptoms in a so-called normal sample. Journal of Affective Disorders 1997; 42: 187-197.

10. Austin M, et al. Cognitive function in depression. A distinct pattern of frontal impairment in melancholia? Psychological Medicine 1999; 29: 73-85.

11. Zerb J. Correlates of depression in cognitively impaired hospitalized elderly for neuropsychological assessment. Journal of Clinical and Experimental Neuro-psychology 1996; 18: 713-723.

12. Purcell R, et al. Neuropsychological function in young patient with unipolar major depression. Psychological Medicine 1997; 27: 1277-1285.

13. Purcell R, et al. Neuropsychological deficit in obsessive compulsive disorder: A comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. Archives of General Psychiatry 1998; 55: 415-423.

14. Levi R, et al. Medical, cognitive, emotional, and behavioral outcomes. Clinical Child Psychology 1998; 27: 320-329.

15. Rohde P, et al. IQ scores among homeless older adolescents. Characteristics of

intellectual performance and associations with psychosocial functioning. *Journal of Adolescents* 1995; 22: 319-328.

16. Harris D, et al. Perpetual cognitive impairment. Secondary to depression. *British Journal of Health Psychology* 1996; 1: 127-136.

17. Nayak B, Milner S. Neuropsychological functioning. Comparison of mothers at high- and low- risk for child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1998; 22: 687-703.

18. Shah J, et al. Cortical gray matter reductions associated with treatment-resistant chronic unipolar depression. Controlled MRI Study. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 527-532.

19. Cox S. Neuropsychological abnormalities in obsessive compulsive disorder and their assessment. *International Review of Psychiatry* 1997; 9: 45-60.

20. Beth DS, Robert G. Basic and Clinical Biostatistics. Philadelphia: Southern Illinois University 1994.

۲۱. شیرمحمدی، زهرا؛ برقی، افسانه؛ علیخانی، کتایون؛

شیرازی، زهرا. چگونه یک طرح تحقیقاتی را آماده کنیم.

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۸؛

شماره ویژه ۷۱-۶۶.

۲۲. شامل، سعید. روانشناسی بالینی. تهران؛ چهر ۱۳۶۲.